



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

주관적 건강 인식을 통해 살펴본
경제 위기 시의 건강 불평등

지도교수 조 영 태

이 논문을 이 지 은 석사학위논문으로 제출함

2015년 12월

서울대학교 대학원

보건학과 보건인구학 전공

이 지 은

이 지 은의 석사학위论문을 인준함

2015년 12월

위 원 장 조 성 일 (인)

부 위 원 장 유 승 현 (인)

위 원 조 영 태 (인)

국문초록

연구 배경

크고 작은 경제 위기는 국민 건강에 영향을 미칠 수 있다. 또한 그 기전으로 생각되는 건강 행동의 변화, 우울의 증가, 의료이용 수준의 변화 등은 사회 계층 간 차이가 있어, 경제 위기가 건강의 불평등 역시 증가시킬 것으로 예상된다. 그러나 현재까지 우리나라에서 경제 위기와 건강 불평등의 관계를 밝힌 연구는 부족하였다. 본 연구는 경제 위기가 건강 불평등에 미친 영향을 파악하고 이에 영향을 준 요인을 분석하고자 하였다.

연구 방법

국민건강영양조사의 2007, 2009, 2011년 자료를 이용하였다. 종속 변수는 주관적 건강 인식, 독립 변수는 소득 수준, 교육 수준의 차이로 하였으며, 이들의 관계에 영향을 주는 변수로는 연령, 성별, 동반질환, 흡연과 음주, 우울감으로 보고 이들을 분석에 포함시켰다.

연구 결과

주관적 건강 인식이 나쁜 비율은 2009년에 증가하였다가 다시 감소하는 양상을 보였다. 소득과 교육 수준이 낮은 집단이 주관적 건강 인식이 더 나빴으며 이는 2009년에 악화되었다. 이러한 관계는 연령, 동반질환, 흡연과 음주, 우울감에 독립적이었다. 남녀로 구분하였을 때 남성에서는 교육 수준에 따라, 여성에서는 소득 수준에 따라 2009년에 건강 불평등이 가장 큰 양상을 보였다.

요약 및 결론

경제 위기는 건강 불평등을 심화시키며 이는 특히 경제 위기가 발생한 시점에 두드러진다. 이러한 건강 불평등은 객관적 건강 상태, 건강 행동, 우울감과 독립적으로 나타났으며, 경제 위기의 영향은 남성에서는 교육 수준, 여성에서는 소득 수준에 따른 건강 불평등에서 더 뚜렷하게 나타났다.

주제어: 경제 위기, 건강 불평등, 주관적 건강 인식

학번: 2012-21903

목차

국문초록	1
연구 배경	4
선행 연구	5
연구 목적	9
연구방법	11
연구 대상 및 자료	11
변수의 정의	11
종속 변수	11
독립 변수	12
보정 변수	12
자료 분석	13
결과	16
연구 대상자의 특성	16
소득, 교육 수준에 따른 주관적 건강 인식의 차이, 전체	18
소득, 교육 수준에 따른 주관적 건강 인식의 차이, 남성	20
소득, 교육 수준에 따른 주관적 건강 인식의 차이, 여성	22
고찰	23
결론	30
참고문헌	31
Abstract	35
표 차례	
그림 1	9
표 1	15
표 2	17
표 3	19
표 4	21

연구 배경

우리나라는 최근 1998년과 2008년 두 차례 큰 경제 위기를 겪었다. 크고 작은 경제 위기는 사회의 다양한 측면에 영향을 미치며, 특히 건강에 영향을 미칠 수 있음이 이전 연구를 통해 밝혀져 왔다.(1, 2) 많은 연구들이 경제 위기 시 자살과 교통 사고가 증가하고 사망률 역시 증가함을 보여주었으며 우리나라에서도 1998년 경제 위기 당시 사망률이 증가하였고 만성 질환 유병률이 증가했다.(3, 4)

경제 위기가 건강에 영향을 미치는 기전으로는 영양 상태 및 건강 행동의 변화, 우울과 불안의 증가, 의료 이용 수준의 변화 등이 제기되어 왔다. 즉, 소득 수준이 떨어지고 고용 상태가 불안정해진다면 우울, 불안이 증가할 것이고 이에 따른 흡연이나 음주가 늘어날 수 있다. 소득이 감소하면서 필요한 의료 서비스를 충분히 받지 못하는 경우도 증가할 것이다.(2) 한편, 경제 위기에 따른 이러한 변화들은 사회 계층 간 차이가 있을 수 있어, 사회경제적 수준이 낮은 계층이 이러한 요인의 악화에 더 취약할 수 있다. 이는 경제 위기 시 건강 불평등의 악화를 초래할 것이다.

그러나 현재까지 경제 위기와 건강 불평등의 관계는 충분히 연구되어 있지 않다. 또한 건강 행동의 변화 등에는 사회, 경제, 문화적 요소가 크게 작용하므로, 이들의 관계는 각 사회의 배경을 고려하여 따로 연구될 필요가 있다. 또한, 이전 연구에서, 복지 정책을 통해 경제 위기 시의 건강 불평등을 예방한 사례 등을 볼 때,(5, 6) 우리나라에서 경제 위기 시 건강 불평등에 취약한 계층 및 기전, 이에 영향을 미치는 요인을 연구한다면, 이러한 복지 정책 마련에 도움을 줄 수 있을 것이다.

선행 연구

건강 불평등의 개념

Margaret Whitehead (1991)

건강 불평등에 관련한 여러 가지 정의 중, 가장 간결하고 널리 쓰이는 정의는 1990년대 초 Whitehead의 정의이다. 그녀는 건강에서의 평등에 대해 ‘가능한 의료 서비스에 대한 평등한 접근, 평등한 필요에 의한 평등한 이용, 평등한 의료의 질 (Equal access to available care for equal need, equal utilization for equal need, equal quality of care for all)’로 정의하였다. 그녀의 정의는 평등한 접근성을 강조하여, 의료의 필요가 아닌 다른 요인에 의해 의료 서비스의 이용이 방해받지 않아야 한다는 점을 강조했다고 볼 수 있다.(7, 8)

Braveman/WHO (1999)

Braveman은 1999년 World Health Organization (WHO) 보고서에서 건강에서의 평등을 보다 전략적인 면에서 정의하였는데, 이에 따르면 건강에서의 평등은 건강과 건강 결정 요인에서 계층 간 불평등을 최소화 하는 것이다 (Minimizing avoidable disparities in health and its determinants). 보고서는 건강 불평등을 모니터링할 실질적인 전략을 제시하였는데, 그러한 전략은 소득 불평등이 건강을 악화시킨다는 전제를 바탕으로 하고 있다고 밝혔다.(9)

National Institutes of Health (2000)

미국 National Institutes of Health (NIH)는 2000년 건강 불평등의 정의를 제시하였고, 이는 미국에서 특히 인종 간 건강 불평등 문제에 접근하는 중요한

개념이 되었다. NIH의 정의에 의하면 건강 불평등은 질병의 발생률, 유병률, 사망률 및 질병 부담의 특정 집단 간 차이를 의미하며 사회경제적 위치와 연관된다 (Differences in the incidence, prevalence, mortality and burden of diseases and other adverse health conditions that exist among specific population groups in the United States. Research on health disparities related to socioeconomic status is also encompassed in the definition).(10)

Williams (1997)

Williams는, 특히 인종에 따른 건강의 차이를 설명하기 위해 단계적 요인에 바탕한 건강 결정 모델을 제시하였다.(11, 12) 그에 따르면 건강 상태는 네 단계의 요인에 의해 결정되는데, 이는 기본 원인 (Basic Causes; 인종, 법과 경제적 구조, 유전적 소인 등), 사회적 지위 (Social Status; 사회경제적 지위, 성별, 연령, 인종), 표면적 원인 (Surface Causes; 스트레스, 건강 행동, 의료 행위, 심리적 요인), 생물학적 과정 (Biological processes; 심혈관계, 대사적, 면역학적 반응)을 의미한다. 경제 위기 시 이와 같은 각 단계의 요인들이 사회 계층에 따라 분포를 달리하여, 이러한 불균등한 분포가 건강 불평등을 심화시킬 수 있다.

주관적 건강 인식

주관적 건강 인식은 평소 자신의 건강을 비슷한 연령의 다른 사람들과 비교하여 어떻게 생각하는 지에 대한 한 문장의 질문에 4점 혹은 5점 척도 (예> 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨) 로 답하게 함으로써, 자신의 건강 상태에 대한 인지와 주위 환경에 대한 인식 등을 함께 평가할 수 있는 질문이다. 대상자가 주관적 건강

인식을 답하는 과정에서 인지적인 측면과 역학적인 측면이 어떻게 조화되는 지에 대해서는 Marja Jylha에 의해 개념적 모델이 제시된 바 있다.(13) 그에 따르면, 주관적 건강 인식의 평가는 세 단계를 거치는데, 첫 번째로 자신의 건강 상태를 구성하는 요소를 기억하고 평가한다. 여기에는 이전에 진단받은 질병, 현재의 기능 상태, 주관적 증상, 자신의 건강 행동을 통해 예측되는 미래 등이 포함된다. 두 번째 단계에서는 첫 번째 단계의 구성 요소들을 종합하여 자신의 건강을 평가한다. 이 단계에서는 자신의 연령과 다른 사람들의 상태 등을 고려하게 된다. 이 때 동년배 집단이 평가의 기준이 되고, 이전의 건강에 관련된 경험, 현재의 우울감 등이 영향을 미치게 된다. 마지막 단계에서는 최종적으로, 제시된 척도 중 자신의 주관적 건강 상태에 가장 적합한 선택지를 고르게 된다. Jylha의 모델은, 주관적 건강 인식을 묻는 한 문장에 답하는 과정이 객관적인 건강 상태 뿐 아니라 주위 상황에 대한 평가, 우울감과 불안 등의 심리적 요인 등을 모두 포함시킬 수 있음을 보여준다.

경제 위기가 건강에 미치는 영향

1998년 경제 위기가 사망에 미친 영향 (강영호 외, 2005)

우리나라에서 경제 위기가 건강에 미친 영향을 분석한 연구로는 강영호 등이 1998년 경제 위기 시의 자료를 바탕으로 전체 사망률 (All-cause mortality) 과 원인 특성 사망률 (Cause-specific mortality)을 분석한 연구가 있었다.(3) 1996년부터 2002년까지 추이를 보았을 때 모든 성별, 연령대에서 전체 사망률이 점차 감소하였고, 이에 는 전체 사망의 30% 가량을 차지하는 뇌혈관질환, 간경변, 위암, 결핵으로 인한 사망의 감소가 크게 기여하였다. 그러나 한편, 원인 특성

사망률로 살펴보았을 때는 경제 위기 시기에 자살, 살인, 폐렴에 의한 사망은 경제 위기 시기부터 약 2년간 증가한 후 이전 수준으로 감소하는 것으로 나타났다. 이는 경제 위기에 따른 불안과 사회 갈등의 악화, 알코올 남용 등에 의한 면역력 저하 등에 의한 결과로 해석된다.

2008년 경제 위기가 건강에 미친 영향 (신중현 외, 2015)

신중현 등은 2007년-2012년 국민건강영양조사 자료를 분석하여 2008년 경제위기 전과 후의 고혈압, 당뇨, 고지혈증의 유병률 및 스트레스, 우울, 자살사고 등을 비교하였다.(4) 2008년 이전 과 비교하여 2008년 경제 위기 이후 고혈압 유병률과 스트레스 인지가 유의하게 증가하였으며, 이는 국내 총생산 (Gross domestic product, GDP) 이 감소할수록 더 증가하는 관계를 보여주었다.

경제위기 시기 건강 불평등 (손미아 외, 2012)

손미아 등은 한국이 경제 위기를 두 차례 겪은 1993년 - 2010년 사이 1993, 1995, 2000, 2005, 2010년의 사망 자료를 분석하여 40대 이상 연령에서 교육 수준에 따른 기대 수명과 연령별 사망률을 분석하였다.(14) 남 녀 모두에서 교육 수준이 낮을수록 기대 수명이 낮았고 관찰 기간 동안 교육 수준에 따른 차이는 남성보다 여성에서 더 뚜렷하게 증가하였다. 교육 수준이 낮을수록 연령별 사망률이 높았고 관찰 기간 동안 그 차이가 증가 하였으며 특히 40대 와 50대에서 뚜렷하였다.

경제위기 시기 건강 불평등 (민종원, 2014)

국민건강영양조사 자료를 이용, 1998년부터 2011년까지 주관적 건강 인식에

대하여 소득 사분위를 기준으로 상대적 불평등 지표 (Relative index of inequality)를 구하여 추이를 살핀 바 있다.(15) 상대적 불평등 지표는 특히 2001년에서 2005년이 될 때 46-59세 남성에서 크게 증가하였고 이는 1998년 경제위기의 영향으로 해석되었다.

2008년 경제 위기와 소득 불평등

가장 대표적으로 사용되는 소득 불평등 측정 지표로 지니계수가 있는데, 이는 '0'과 '1' 사이의 비율로 정의하여 낮은 수치일수록 평등한 소득 분배를 의미하며 1은 완전한 불평등을 의미한다. 통계청에 따르면, 2008년 경제 위기를 전후한 지니계수는 2006년 0.306에서 2008년과 2009년 0.314로 높아졌고, 이후 다시 낮아지는 추이를 보여주고 있다. (Fig. 1)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
전체가구	0.306	0.312	0.314	0.314	0.310	0.311	0.307	0.302	0.302
2인 이상 비농가	0.291	0.295	0.296	0.294	0.288	0.288	0.285	0.280	0.278

Fig. 1 지니계수로 본 소득불평등 추이, 처분가능소득 기준
(자료 : KOSIS>물가·가계>가계>가계소득지출>소득분배지표(통계청), 2015.12.19.)

연구 목적

본 연구에서는 2008년과 2009년 소득 불평등이 증가했으며 이러한 소득 불평등이 건강 불평등을 악화시켰을 것으로 전제하였다. 건강에서의 평등에 대한 Whitehead와 Braveman의 정의를 바탕으로 하여 계층 간 건강과 건강 결정 요인의 불평등한 분포를 밝혀 이를 최소화 하고자 하는 정책 마련에 도움을 주고자

하였다. 건강 불평등의 지표로서는 주관적 건강 인식을 사용하였다. 이는 Jylha의 모델 등을 통해 볼 때, 객관적 건강 상태 뿐 아니라 동년배 집단과 자신의 비교, 건강에 관련된 경험, 우울감 등을 모두 포함할 수 있어, 경제 위기에 따른 상대적 박탈감, 의료 이용 경험, 우울과 불안의 증가 등을 모두 반영할 수 있는 지표로 판단되기 때문이다.

따라서 본 연구의 목적은 주관적 건강 인식의 변화를 통해 2008년 경제 위기 시점과 그 전후의 건강 불평등 추이를 파악하고 이에 영향을 준 요인을 분석하여, 크고 작은 경제 위기에서 복지 정책을 마련하는 데에 도움을 주고자 함이다.

연구방법

연구 대상 및 자료

본 연구는 ‘국민건강영양조사’의 2007, 2009, 2011년 자료를 이용하였다.

국민건강영양조사는 국민의 건강 및 영양 상태를 파악하기 위하여 매년 질병관리본부에서 실시하는 조사로, 전국 192개 지역 당 20가구씩 확률표본으로 추출하여 만 1세 이상 가구원 약 1만명을 조사하고 있다. 조사 분야는 검진조사, 건강설문조사, 영양조사로 구성되며, 본 연구에서는 이 중 건강설문조사를 이용하였다. 각 연도별 조사 대상자 중 연구에 사용된 변수에 결측치가 있는 경우를 제외한 후 연구 대상으로 포함시켰다.

변수의 정의

종속 변수

본 연구는 2008년 경제위기를 전후하여 시기 별 건강 불평등을 분석하고자 하였으며 이를 위해 주관적 건강 인식을 종속 변수로 하였다. 국민건강영양조사에서 주관적 건강 인식은 ‘평소에 000의 건강은 어떻다고 생각하십니까?’의 질문에 1점(매우 좋음), 2점(좋음), 3점(보통), 4점(나쁨), 5점(매우 나쁨) 으로 응답하는 문항으로 평가하고 있다. 본 연구에서는 이전 연구를 참조하여,(16) 주관적 건강 인식을 기준으로 두 그룹으로 나누어, 1-3점은 건강군, 4-5점은 불건강군으로 분류하였다.

독립 변수

시기 별 사회 계층 간 주관적 건강 인식의 차이를 보고자 하였으며, 이를 위해 교육 수준 및 소득 수준을 사회 계층을 위한 독립변수로 하였다. 건강 불평등에 영향을 주는 요인들로 인종, 지역, 교육 수준, 소득 수준, 성별 등이 제시되고 있으며,(8) 이중 경제 위기와 주로 연관이 있을 것으로 판단되는 교육 수준 및 소득 수준을 기준으로 하였다. 또한 이전 연구들에서 건강 불평등을 야기하는 사회계층 차이는 주로 교육과 소득 수준의 차이를 기준으로 하였음을 참고하였다.(17, 18) 소득은 의료 이용 수준의 차이, 건강 행동 등의 차이를 야기할 것이며, 교육 수준은 소득 등 사회경제적 수준의 차이 뿐 아니라 건강 정보 이해능력 등에도 영향을 줄 것이라고 생각할 수 있다. 건강 불평등에 대한 국내외 선행 연구를 바탕으로 하여 (19, 20) 교육수준은 초등졸업 이하, 중학교 재학 이상, 고등학교 재학 이상, 대학교 재학 이상으로 분류하였으며 수입은 월 가구 수입을 사분위로 나누었다. 본 연구에서는 소득과 교육 수준의 최상위 계층과 최하위 계층을 비교하여 분석하였는데, 이는 일반적으로 건강 불평등에 대한 연구에 있어서는 소득과 교육 수준의 최상위 계층을 기준으로 하여 기타 계층을 이와 비교하는데,(8) 특히 최하위 계층과의 비교를 통해 주관적 건강 인식의 계층 간 간극을 측정하고자 함이다.

보정 변수

교육 수준 및 소득 수준과 주관적 건강 인식 간 관계에 영향을 줄 수 있는 변수로는 연령, 성별, 동반질환, 건강 행동, 우울감을 포함시켰다. 동반질환은 대사성 질환, 심혈관계 질환, 암으로 하였다. 대사성 질환은 고혈압, 당뇨, 고지혈증을 위해 투약 중인 상태로 정의하였다. 심혈관계 질환 병력은 심근경색

이나 뇌졸중을 의사에게 진단받은 적 있는 자, 암 병력은 암을 의사에게 진단받은 적이 있는 자로 정의하였다. 건강 행동으로는 흡연과 음주를 포함시켰다. 흡연력은 현재 흡연 여부에 있어 그렇다고 대답한 자, 음주력은 과잉 음주 빈도가 주 2회 이상인 자와 아닌 자로 나누었다. 과잉 음주는 남자는 소주 혹은 양주 7잔 이상, 여자는 5잔 이상을 기준으로 하였다.(21) 우울감은 ‘최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있습니까?’라는 질문에 ‘예’라고 했는지를 여부로 하였다.

자료 분석

본 연구는 2007, 2009, 2011년 세 개 연도에서 주관적 건강 인식의 계층 간 차이가 어떻게 달라졌는지 분석하였다. 이는 2008년 경제 위기가 직접 영향을 미친 해를 2009년으로 보았고, 전후 2년의 자료와 비교한 것이다. 실제 여러 경제 지표에서 2008년 경제위기의 영향이 뚜렷하게 나타난 것은 2009년인 것을 확인할 수 있었다.(4, 22) 남, 녀를 나누어 각각 분석하였는데, 이는 건강 행동, 우울감 등에 성별 간 차이가 있을 것으로 여겨지기 때문이다.(23-25)

통계방법으로는, 우선 분산분석, 카이제곱 분석을 사용하여 연령, 성별, 교육 수준, 소득 수준, 주관적 건강인식, 건강 행동, 우울감의 연도별 분포를 살펴보았다. 이후 로지스틱 회귀분석을 사용하여 연도별로 주관적 건강 인식의 사회계층간 차이를 보아 이 차이가 연도별로 어떻게 달라졌는지 보았다. 주관적 건강 인식의 차이에 있어서는 소득 수준이 가장 낮은 사분위와 가장 높은 사분위의 계층을 비교하여 주관적 건강인식 불건강군에 대한 오즈비를 구하였고, 대학교 재학 이상의 학력에

비교한 초등학교 졸업 이하 학력의 주관적 건강인식 불건강군에 대한 오즈비를 구하였다. 이들의 관계에 영향을 주는 요인을 분석하기 위해 보정 변수를 달리하여 4개의 모델로 구성하였다. 모델 1에서는 사회 계층과 주관적 건강 인식의 관계만을 보았다. 모델 2에서는 이에 연령, 동반질환을 보정하여, 신체적 건강 상태와 독립적으로 계층 별 주관적 건강 인식에 차이가 있는지 살펴보았다. 모델 3과 4에서는 모델 2의 변수에 각각 건강 행동과 우울감을 추가하여 분석하여, 건강 행동과 우울감이 미치는 영향을 보고자 하였다. 즉 모델 3은 연령과 동반 질환에 음주와 흡연을, 모델 4는 연령, 동반 질환에 우울감을 함께 포함시켜 분석하였다. 각 로지스틱 회귀분석에 있어 종속변수에 대한 독립변수의 설명력(Pseudo R^2)을 구하였다. 모든 통계 분석에는 Stata 12.1을 사용하였다 (StatCorp, Houston, Tx, USA)

Table 1. General characteristics

	2007		2009		2011		P-value
	Total	(N=2,809)	Total	(N=7,301)	Total	(N=5,913)	
	n	%	n	%	n	%	
Age, mean (SD)	49.71	(16.14)	49.40	(16.46)	51.26	(16.35)	<0.001
Gender							
Male	1,182	42.08	3,149	43.13	2,510	42.45	0.563
Female	1,627	57.92	4,152	56.87	3,403	57.55	
Education level							
College and above	711	25.31	1,915	26.23	1,770	29.93	<0.001
High school	925	32.93	2,504	34.30	1,931	32.66	
Middle school	307	10.93	825	11.30	662	11.20	
Elementary school	866	30.83	2,057	28.17	1,550	26.21	
Monthly income, mean (SD)	230.1	(174.7)	262.0	(193.3)	317.5	(214.9)	<0.001
Self-rated health ^a							
Good	2,193	78.07	5,491	75.21	4,790	81.01	<0.001
Poor	616	21.93	1,810	24.79	1,123	18.99	
Current smoking							
Yes	578	20.58	1,634	22.38	1,228	20.77	0.036
No	2,231	79.42	5,667	77.62	4,685	79.23	
Binge drinking							
Yes	110	3.92	416	5.70	219	3.70	<0.001
No	2,699	96.08	6,885	94.30	5,694	96.30	
Depressive mood							
Yes	407	14.49	1,180	16.16	801	13.55	<0.001
No	2,402	85.51	6,121	83.84	5,112	86.45	

Note. ^aSelf-rated health was assessed with a five-point scale: 'very good', 'good', 'fair', 'bad' and 'very bad'. 'Very good', 'good' and 'fair' were grouped as 'Good'. 'Bad' and 'very bad' were categorized as 'Poor'

결과

연구 대상자의 특성

2007, 2009, 2011년 연도별 연구 대상자는 각각 2,809명, 7,301명, 5,913명이었다. 연구 대상자 수가 연도별 차이가 있는 이유는 항목 별 응답율에 연도별 차이가 있었던 것으로 해석된다. 평균 연령은 세 연도 각각 49.71세, 49.40세, 51.26세였으며 성별에 있어서는 여성이 56.87% - 57.92%로 더 많이 포함되었다. 학력 수준에 있어서는 대학교 재학 이상의 비율이 25.31%, 26.23%, 29.93%로 증가하는 양상을 보였으며, 수입 역시 230.1만원, 262.0만원, 317.5만원으로 해마다 증가하였다. 본 연구의 종속 변수인 주관적 건강 인식은 불건강군의 연도별 비율이 21.93%, 24.79%, 18.99%로 2009년에 유의하게 높았음을 볼 수 있었다. 현재 흡연 비율, 과일 음주의 연도별 비율 역시 현재 흡연 20.58%, 22.38%, 20.77%와 과일 음주 3.92%, 5.70%, 3.70%로 2009년에 유의하게 높아짐을 볼 수 있었다. 2주 이상의 우울감 경험 여부 역시 14.49%, 16.16%, 13.55%로 2009년에 가장 높았다. 이들 변수의 연도별 분포는 성별을 제외하고 모두 연도별로 유의한 차이가 있었다. (Table 1)

Table 2. Disparity of self-rated health among income level, and educational level around 2008 economic crisis in total study population

	2007 OR (95% C.I.) ^a	2009 OR (95% C.I.)	2011 OR (95% C.I.)
Model 1			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	3.68 (2.84-4.78)	4.50 (3.81-5.30)	3.86 (3.22-4.64)
Pseudo R ²	0.05	0.05	0.05
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	5.25 (3.99-6.89)	5.41 (4.61-6.36)	4.58 (3.82-5.49)
Pseudo R ²	0.07	0.07	0.07
Model 2^b			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	1.96 (1.46-2.63)	2.86 (2.39-3.42)	2.58 (2.10-3.17)
Pseudo R ²	0.12	0.09	0.09
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	2.82 (2.02-3.93)	3.82 (3.15-4.64)	3.36 (2.66-4.23)
Pseudo R ²	0.12	0.10	0.10
Model 3^c			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	1.93 (1.44-2.59)	2.88 (2.40-3.45)	2.58 (2.10-3.16)
Pseudo R ²	0.12	0.09	0.09
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	2.85 (2.04-3.97)	3.83 (3.15-4.65)	3.36 (2.67-4.24)
Pseudo R ²	0.12	0.10	0.10
Model 4^d			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	1.77 (1.32-2.39)	2.57 (2.14-3.09)	2.41 (1.96-2.97)
Pseudo R ²	0.14	0.11	0.12
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	2.61 (1.87-3.66)	3.41 (2.80-4.15)	2.98 (2.36-3.77)
Pseudo R ²	0.14	0.12	0.13

Note. ^aOR; odds ratio, C.I.; confidence interval. Each odds ratio was calculated for self-rated health 'very bad' or 'bad'. ^bModel2 included age, metabolic disease, cerebrovascular disease, and cancer. ^cModel3 included age, metabolic disease, cerebrovascular disease, cancer and smoking, binge drinking. ^dModel4 included age, metabolic disease, cerebrovascular disease, cancer and depression.

소득, 교육 수준에 따른 주관적 건강 인식의 차이, 전체

모델 1에서는 보정 변수 없이 소득과 교육 수준에 따른 주관적 건강 인식 차이를 보았다. 소득 최하위 사분위 계층을 최상위 사분위 계층과 비교하였을 때, 주관적 건강 인식 불건강군에 대한 오즈비는 2007, 2009, 2011년 각각 3.68, 4.50, 3.86 으로 2009년에 증가하는 양상을 보였다. 또한 교육 수준을 기준으로 했을 때도 역시 초등학교 이하 학력 계층이 대학교 재학 이상 학력 계층에 비해 연도별 오즈비 5.25, 5.41, 4.58으로 2009년에 가장 높은 양상을 보였다. 모델 1에서 독립 변수의 설명력은 5-7% 범위였다. 모델 2에서는 이에 연령과 동반질환을 추가하여 분석하였다. 소득 수준과 교육 수준에 따른 오즈비는 1.96, 2.86, 2.58 과 2.82, 3.82, 3.36으로, 모두 2009년에 계층 간 차이가 가장 큰 양상을 보였다. 모델 2에서의 설명력은 9-12%였다. 모델 3은 모델 2에 현재 흡연 여부, 과잉 음주 여부를 포함시켜 분석하였다. 소득 수준에 있어서는 연도별 오즈비 1.93, 2.88, 2.58, 교육 수준에 따른 분석에서 2.85, 3.83, 3.36 으로 앞선 모델들과 같은 경향성을 보였고, 설명력은 9-12% 범위였다. 모델 4는 모델2에 우울감을 추가하여 분석하였다. 소득 수준에 있어서는 오즈비 1.77, 2.57, 2.41, 교육 수준에 있어서는 2.61, 3.41, 2.98을 보였다. 모델 4에서의 설명력은 11-14%였다.(Table 2)

Table 3. Disparity of self-rated health among income level, and educational level around 2008 economic crisis in men

	2007 OR (95% C.I.) ^a	2009 OR (95% C.I.)	2011 OR (95% C.I.)
Model 1			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	3.37 (2.17-5.24)	4.33 (3.29-5.71)	3.90 (2.86-5.32)
Pseudo R ²	0.04	0.04	0.05
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	3.23 (2.14-4.88)	5.71(4.37-7.47)	3.49 (2.60-4.68)
Pseudo R ²	0.04	0.07	0.05
Model 2 ^b			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	2.10 (1.29-3.44)	2.85 (2.11-3.83)	2.93 (2.08-4.12)
Pseudo R ²	0.11	0.08	0.08
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	2.22 (1.36-3.64)	4.12 (3.04-5.60)	2.82 (1.98-4.01)
Pseudo R ²	0.12	0.10	0.08
Model 3 ^c			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	1.92 (1.16-3.17)	2.82 (2.09-3.80)	2.77 (1.97-3.92)
Pseudo R ²	0.13	0.09	0.09
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	2.12 (1.29-3.50)	4.09 (3.01-5.56)	2.67 (1.87-3.82)
Pseudo R ²	0.13	0.10	0.09
Model 4 ^d			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	1.98 (1.20-3.26)	2.58 (1.91-3.49)	2.79 (1.97-3.94)
Pseudo R ²	0.12	0.10	0.10
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	2.23 (1.35-3.67)	3.85 (2.83-5.24)	2.54 (1.78-3.63)
Pseudo R ²	0.13	0.12	0.10

Note. ^aOR; odds ratio, C.I.; confidence interval. Each odds ratio was calculated for self-rated health 'very bad' or 'bad'. ^bModel2 included age, metabolic disease, cerebrovascular disease, and cancer. ^cModel3 included age, metabolic disease, cerebrovascular disease, cancer and smoking, binge drinking. ^dModel4 included age, metabolic disease, cerebrovascular disease, cancer and depression.

소득, 교육 수준에 따른 주관적 건강 인식의 차이, 남성

같은 방식의 분석을 남성에서만 적용하였다. 모델 1에서는 보정 변수 없이 소득과 교육 수준에 따른 주관적 건강 인식 차이 만을 보았다. 소득 최하위 사분위 계층을 최상위 사분위 계층과 비교하였을 때, 주관적 건강 인식 불건강군에 대한 오즈비는 2007, 2009, 2011년 각각 3.37, 4.33, 3.90 으로 2009년에 가장 높은 양상을 보였다. 교육 수준을 기준으로 했을 때 역시 연도별 오즈비 3.23, 5.71, 3.49로 2009년에 계층간 차이가 가장 컸다. 모델 1에서의 독립 변수의 설명력은 4-7% 범위였다. 모델 2에서는 이에 연령과 동반질환을 추가하여 분석하였다. 소득 수준과 교육 수준에 따른 오즈비는 2.10, 2.85, 2.93 과 2.22, 4.12, 2.82로, 소득 수준에 있어서는 건강 불평등이 점차 증가하고 교육 수준에 있어서는 2009년에 주관적 건강 인식의 불평등이 증가한 후 다시 감소하는 양상을 보였다. 모델 2에서의 설명력은 8-12%였다. 모델 3은 모델 2에 현재 흡연 여부, 과잉 음주 여부를 포함시켜 분석하였다. 소득 수준에 있어서는 연도별 오즈비 1.92, 2.82, 2.77 로 2009년에 계층간 차이가 가장 큰 경향성을 보였고, 교육 수준에 따른 분석에서도 역시 2009년에 가장 높아 2.12, 4.09, 2.67 이었다. 설명력은 9-13% 범위였다. 모델 4는 모델2에 우울감을 추가하여 분석하였다. 소득 수준에 있어서는 오즈비 1.98, 2.58, 2.79, 교육 수준에 있어서는 2.23, 3.85, 2.54를 보여 소득 수준을 기준으로 주관적 건강 인식의 불평등이 점점 증가하고 교육 수준을 기준으로 하여서는 2009년에 가장 높은 후 다시 감소하는 양상을 보였다. 모델 4에서의 설명력은 10-13%였다. (Table 3)

Table 4. Disparity of self-rated health among income level, and educational level around 2008 economic crisis in women

	2007 OR (95% C.I.) ^a	2009 OR (95% C.I.)	2011 OR (95% C.I.)
Model 1			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	3.85 (2.78-5.34)	4.50 (3.66-5.54)	3.78 (3.01-4.76)
Pseudo R ²	0.06	0.06	0.05
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	6.95 (4.71-10.26)	4.65 (3.79-5.70)	5.03 (3.96-6.40)
Pseudo R ²	0.09	0.07	0.08
Model 2^b			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	1.73 (1.19-2.53)	2.69 (2.14-3.39)	2.27 (1.76-2.94)
Pseudo R ²	0.13	0.09	0.09
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	2.67 (1.63-4.37)	2.85 (2.18-3.72)	3.26 (2.34-4.55)
Pseudo R ²	0.13	0.09	0.10
Model 3^c			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	1.63 (1.12-2.38)	2.66 (2.11-3.35)	2.22 (1.72-2.88)
Pseudo R ²	0.14	0.10	0.09
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	2.50 (1.52-4.11)	2.78 (2.13-3.64)	3.16 (2.26-4.42)
Pseudo R ²	0.14	0.09	0.10
Model 4^d			
Income level			
Highest quartile	1.00	1.00	1.00
Lowest quartile	1.56 (1.06-2.29)	2.46 (1.95-3.11)	2.12 (1.63-2.75)
Pseudo R ²	0.16	0.12	0.12
Education level			
College and above	1.00	1.00	1.00
Elementary school	2.43 (1.47-4.02)	2.58 (1.97-3.38)	3.01 (2.15-4.22)
Pseudo R ²	0.16	0.12	0.13

Note. ^aOR; odds ratio, C.I.; confidence interval. Each odds ratio was calculated for self-rated health 'very bad' or 'bad'. ^bModel2 included age, metabolic disease, cerebrovascular disease, and cancer. ^cModel3 included age, metabolic disease, cerebrovascular disease, cancer and smoking, binge drinking. ^dModel4 included age, metabolic disease, cerebrovascular disease, cancer and depression.

소득, 교육 수준에 따른 주관적 건강 인식의 차이, 여성

여성에 있어서도 같은 방식의 분석을 적용하였다. 모델 1에서는 소득 수준에 따라서는 주관적 건강 인식이 2009년에 가장 차이가 컸으나 (오즈비 3.85, 4.50, 3.78), 교육 수준에 따라서는 2009년에 도리어 감소하는 경향을 보였다 (6.95, 4.65, 5.03). 모델 2에서 연령과 동반 질환을 보정한 후에는 소득 수준에 따라서는 2009년에 주관적 건강 인식 차이가 가장 컸고 (1.73, 2.69, 2.27), 교육 수준에 따라서는 차이가 점차 증가하였다 (2.67, 2.85, 3.26). 모델 2에서 독립변수의 설명력은 9-13% 였다. 모델 3에서 건강 행위를 포함시켰을 때 역시 모델 2와 같은 경향성을 보였고 (소득 수준; 1.63, 2.66, 2.22, 교육 수준; 2.50, 2.78, 3.16). 독립변수의 설명력은 9-14% 였다. 우울감을 포함시킨 모델 4에서도 경향성이 같았으나 설명력이 조금 증가하는 양상을 보였다 (소득 수준; 1.56, 2.46, 2.12 교육 수준; 2.43, 2.58, 3.02, 설명력 12-16%). (Table 4)

고찰

본 연구에서는 2008년 경제 위기 전후를 비교하여 이 시기 건강 불평등의 추이와 이에 영향을 미치는 요인을 분석해 보았다. 이전 연구에서 우리나라 경제 위기 시기를 포함한 1998년 이후 건강 불평등의 추이를 살핀 몇몇 연구가 있었으나,(14, 15) 이들은 영향을 미치는 요인을 분석하지 않았다. 본 연구는 이러한 점을 보완하고, 2008년의 경제 위기가 실제 경제 지표에 영향을 준 2009년을 기준, 2년간격 전후를 비교하여, 건강 불평등과 이에 영향을 주는 요인을 분석하여, 경제 위기 시의 정책 방향 등에 도움을 주고자 하였다.

경제 위기가 국민 건강에 주는 영향을 예측하기란 쉽지 않다. 경제 위기 시에는 고용이 불안정해지고 소득이 감소하므로 이로 인한 우울증 등의 정신 질환 증가, 물질 오남용 증가 등이 국민 건강에 악영향을 줄 것으로 예상하기 쉽다. 그러나 고용이 불안정해지면서 건강 행동이 자신의 직업을 지키기 위한 하나의 수단이 되어 더 나은 건강 행동을 추구할 수 있다. 소득이 낮아지면서 질이 나쁜 음식과 기호 식품을 찾게 되어 건강을 해칠 것이라 생각할 수 있으나, 반대로 지나친 칼로리 섭취가 줄어들면서 대사성 질환 등이 도리어 개선될 수도 있을 것이다. 따라서 경제 위기가 전체 국민 건강에 어떤 방향으로 영향을 줄지는 쉽게 예측하기 어려우며 그간의 연구에 있어서도 다소 모호한 결과를 보여 왔다.(2) 경제 위기가 직장을 잃은 사람들에게는 부정적 영향을 미쳤으나 직장을 유지한 사람들에게는 도리어 긍정적 영향이 있었다는 연구가 있으며,(26) 사망률은 경제가 성장할 때 증가하고 경제가 하락세일 때 감소한다는 일부 연구도 있었다.(1)

우리나라에서 경제 위기가 건강에 미친 영향을 분석한 연구 중 1998년 경제 위기를 전후하여 1996년부터 2002년까지 전체 사망률과 원인 특성 사망률을 분석한 연구를 보았을 때,(3) 뇌혈관질환, 간경변, 위암, 결핵으로 인한 사망은 꾸준히 감소하였으나 자살, 살인, 폐렴에 의한 사망은 경제 위기 시기부터 약 2년간 증가한 후 이전 수준으로 감소한 것으로 나타났다. 따라서 암, 뇌혈관 질환 등 장기 경과를 따르는 질병들에 있어서는 경제 위기에 의한 가시적 영향을 관찰하기는 어려우나, 자살, 감염성 질환 등 단기적 경과를 따르는 질병에 있어서는 경제 위기가 뚜렷한 영향을 미칠 수 있을 것으로 보인다.

한편 Williams의 모델 등을 통해 볼 때,(11) 이러한 경제 위기의 영향은 사회 계층별로 달리 작용하여 건강 불평등을 야기할 수 있다. Williams의 건강을 결정하는 네 단계 중 특히 표면적 원인에 해당하는 스트레스, 건강행동, 의료 행위, 심리적 요인은 이전 단계인 사회적 지위에 의해 많은 부분 결정되며, 다음 단계인 생물학적 과정을 통해 건강에 영향을 미치게 된다. 경제 위기와 건강 불평등과의 관계에 있어 현재까지 연구가 충분하지는 않으나, 몇몇 연구에서 사망률, 신체적, 정신적 건강 지표, 주관적 건강 인식 등의 지표로 보았을 때 경제 위기는 건강 불평등을 심화시키는 것으로 나타났다.(6, 14, 15)

본 연구에서는 선행 연구 결과들을 바탕으로 2008년 경제 위기를 전후하여 건강 불평등의 추이와 이에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 하였다. 이를 위해 2007, 2009, 2011년 주관적 건강 인식과 건강 행동, 우울감의 추이를 보았고, 사회계층에 따른 주관적 건강 인식의 불평등 정도가 연도별로 어떻게 달라지는 지 살펴보았다.

객관적 건강 상태를 교란 변수로 보아 모델 2에 포함시켰고, 건강행위와 우울감의 영향을 보기 위해 각각 모델 3와 모델 4에 넣어 이들이 결과에 미치는 영향과 설명력을 분석하였다. 각각의 분석에 대해 남녀를 나누어 추가 분석하였다.

우선, 주관적 건강 인식의 연도별 추이에서는, 주관적 건강 인식 ‘나쁨’의 비율이 2009년에 그 전후와 비교하여 가장 높았다. 건강 행동과 우울감의 연도별 비율에서는, 흡연자와 과잉 음주의 비율이 2009년에 가장 높았고, 우울감의 유병률 역시 2009년에 가장 높았다. 선행 연구들에서, 경제 위기 시 건강 행동의 변화에 있어서는 다소 일치되지 않는 결과를 보였고, 소득 감소와 고용 불안정 등으로 인한 우울감 등은 경제 위기 시 증가함을 볼 수 있었다.(1, 27) 본 연구를 통해 우리나라 2008년 경제 위기 시 건강 행동은 악화되었으며 우울감이 증가하였음을 확인할 수 있었다. 또한 주관적 건강 인식이 나쁜 비율이 2009년에 뚜렷하게 높았으며 건강 행동과 우울감을 포함한 여러 요인이 이에 작용했을 것으로 추측할 수 있다.

주관적 건강 인식에 대하여 소득 수준, 교육 수준을 기준으로 한 계층 간 차이와 이러한 차이의 연도별 추이를 보았을 때, (Table 2) 세 개 연도에서 모두 소득 수준과 교육 수준이 가장 낮은 계층이 가장 높은 계층보다 주관적 건강 인식이 나쁜 가능성이 더 높았고, 2009년에 계층 간 차이가 가장 컸다. 모델 2에서 주관적 건강 인식에 영향을 주는 객관적 건강 상태의 지표로 연령, 대사질환, 심뇌혈관 질환, 암을 포함시켰으며 이들 지표를 포함시킨 후 계층 간 차이가 감소하였으나 여전히 소득/교육 수준이 낮은 그룹의 주관적 건강 인식이 나빴고, 2009년에 그

차이가 가장 컸다. 따라서 객관적 건강 지표와 독립적으로 건강 불평등은 존재하였고, 2009년에 가장 컸다고 해석할 수 있다. 모델 3에서 건강 행동의 영향을 보기 위해 흡연, 과잉 음주를 포함시킨 후 분석하였을 때, 결과는 모델 2와 차이를 보이지 않았고 설명력도 증가하지 않아, 건강 행동은 주관적 건강 인식의 계층 간 차이에 뚜렷한 영향을 주지 않는 것으로 해석된다. 반면, 모델 4에서 우울감을 포함시켰을 때, 계층 간 차이가 작아지고 설명력이 커져, 건강 행동보다 우울감이 2009년 건강 불평등에 더 영향을 주었을 것으로 보였다.

Jylha의 모델 등을 통해 살펴볼 때,(13) 응답자가 주관적 건강 인식에 응답하는 과정에는 자신의 건강 상태 뿐 아니라 주위 상황에 대한 평가, 특히 자신과 동년배인 다른 사람들과의 비교가 영향을 미칠 수 있다. 소득 불평등에 의한 최하위 계층의 상대적 박탈감은 건강에 대한 평가에 있어서도 부정적 영향을 미쳤을 것이며 이러한 영향은 경제 위기 시점에 가장 두드러져 보인다. 즉, 소득과 교육 수준이 낮은 계층은 경제 위기 시 다른 계층에 비교한 상대적 박탈감이 증가하며, 이는 동년배의 다른 계층과 건강을 비교하는 과정에서도 영향을 미쳐 주관적 건강 인식을 나쁘게 할 수 있다.

이러한 불평등에 건강 행동 보다 우울감의 영향이 더 큰 것으로 보인 점에 대해서, 경제 위기 시 계층 간 건강 행동과 우울감의 차이를 고려해볼 때, 건강 행동에 있어서는 오히려 경제 위기에 계층 간 차이가 작아질 수 있는 반면, 우울감의 차이는 더 커질 것으로 생각할 수 있다. 소득이 줄어들고 불안정해지면 우울과 불안이 늘어 흡연, 음주가 늘 수 있으나, 한편으로는 소득이 줄어 이러한

기호 식품의 소비가 줄어들 수 있기 때문이다. 반면 경기가 나빠질수록 이러한 변화에 취약한 계층은 우울감이 더 커질 수 밖에 없을 것이다. 또한, 결과 변수가 주관적 건강 인식이었다는 점을 생각할 때, 건강 행동 보다는 우울감이 주관적 건강 인식과 더 연관이 크다. 건강 행동에 있어서는, 건강 행동이 나쁠 때 자신의 건강을 더 나쁘게 예상할 수 있지만, 반면 자신의 건강을 과신하고 주관적 건강 인식이 좋은 사람이 도리어 건강 행동은 나쁠 수 있다. 그러나 우울감은 주관적 건강 인식과 대부분의 경우 일치하는 방향으로 예상된다. 실제 이전 연구에서도 건강 행동과 주관적 건강 인식 간 연관을 보이는 문헌은 많지 않으며 통일되어 있지 않으나, 우울감과 주관적 건강 인식의 관계는 잘 밝혀져 있다.(28, 29)

건강 행동과 우울감에는 남녀 간 차이가 있으며(23, 24) 사회적 불평등 요인들이 남녀 간에 다르게 작용할 수 있으므로 같은 분석을 남 녀 각각에 적용해보았다.

남자에서는 연도별 주관적 건강 인식의 계층 간 차이가 역시 2009년에 가장 높았다. 그러나 객관적 건강 상태를 보정한 이후에는 소득 수준을 기준으로 한 불평등은 2009년에 커진 후 2011년에 더 증가하는 경향을 보였다. 모델 3에서 건강 행동을 포함시킨 후에도 주관적 건강 인식의 계층 간 차이는 유지되었으며 2009년에 가장 컸다. 모델 4에서 우울감을 포함시켰을 때 역시 설명력이 증가하였는데, 교육 수준에 따른 불평등은 이 모델에서도 2009년에 가장 컸다. 종합하자면, 남자에서의 주관적 건강 인식은 객관적 건강 상태, 건강 행동과 독립적으로 2009년에 계층 간 차이가 가장 컸고, 특히 교육 수준의 차이에 따른 분포에서는 모델에 관계없이 2009년에 가장 차이가 컸다.

여성에서는 다소 일관성 없는 결과가 나타났다. 객관적 건강 상태를 보정한 이후에는 교육 수준에 따른 차이는 2007년 이후 지속적으로 증가하였으며, 모델 3, 모델 4 에서 건강행동, 우울감을 보정한 이후에도 같은 양상을 보여주었다. 그러나 소득 수준에 따른 차이는 일관되게 2009년에 가장 컸으며 이는 객관적 건강 상태에 독립적이었고 건강 행동, 우울감에 의한 영향은 뚜렷하지 않았다. 이를 통해, 여성에서는 소득 수준을 기준으로 한 주관적 건강 인식 불평등은 2009년에 가장 컸으며 교육 수준을 기준으로 하였을 때는 2007년 이후 지속적으로 커지고 있었다고 결론 내릴 수 있었다.

본 연구 내에서 남 녀 간의 차이를 뚜렷하게 결론짓기 어려우나, 일관되는 경향성을 찾아볼 수 있다. 남성은 교육 수준에 따른 불평등이 모델에 관계없이 2009년에 가장 크게 나타났으며, 여성에서는 소득 수준에 따른 불평등이 2009년에 일관되게 가장 컸다. 경제 위기가 건강 불평등에 미친 영향이 남성은 교육 수준, 여성은 소득 수준에 따른 계층 간에서 더 뚜렷하게 작용한다고 볼 수 있었다. 여전히 직장 생활을 하는 비율이 남성에서 더 높고, 직장 생활에서 교육 수준이 더 영향을 미친다는 점을 고려할 때, 경제 위기에 따른 고용 불안정이 저학력 남성에 미치는 건강 불평등 영향이 컸을 것으로 해석할 수 있다.

본 연구에서는 경제 위기 시 나타난 주관적 건강 인식의 계층 간 차이에 객관적 건강 상태가 교란 변수로 작용하고 건강 행동, 우울감이 영향을 미쳤을 것으로 가정하여 이들을 모델에 포함시켰으나, 이들을 포함시킨 후에도 설명력은 남녀

모두에서 매우 작았다. 따라서 주관적 건강 인식의 불평등에 다른 요인이 중요한 영향을 끼쳤을 것으로 생각되는데, 이러한 요인으로 의료 이용의 차이를 들 수 있다. 특히 소득 감소로 원하는 의료 의용을 하지 못한 경험이 있다면, 이는 주관적 건강 인식에 큰 영향을 미쳤을 것이며 이러한 경험은 소득과 교육의 하위 계층에서 두드러질 것이다. 이전 국내 연구 중 1998년 경제 위기 시 의료비 지출의 변화를 살펴본 연구에 따르면,(30) 1998년 경제 위기 시 의료비 지출이 감소하였고, 특히 소득 수준이 높은 계층보다 낮은 계층에서 경제 위기의 영향이 컸다. 2008년 경제위기에서 역시 이러한 의료비 지출의 차이가 있었을 것이며 이는 주관적 건강 인식의 차이에 영향을 미쳤을 것으로 생각된다.

그간의 대부분의 연구에서, 경제 위기는 건강 불평등을 심화시키는 것으로 나타났지만,(6, 12) 일부 북유럽 국가의 경우 잘 준비된 복지 정책에 힘입어 건강 불평등이 경제 위기에 거의 영향을 받지 않기도 하였다.(5, 12) 복지 정책이 건강 불평등 해소에 항상 긍정적 영향을 주는지에 대해서는 논란이 있으나, 긍정적 방향을 시사하는 증거들이 증가하고 있다. 이전의 연구를 바탕으로 추천되는 정책 들에는 고용의 활성화, 의료 이용의 접근성 향상, 정신 건강 개선 프로그램 등이 있었다.(12) Williams의 모형 등을 고려할 때,(11) 건강 불평등의 해소는 건강 지표의 개선보다 고용, 의료 접근성 등 거시적인 해결방법을 찾아야 하겠다. 본 연구에서 건강 행동, 우울감 등 보다 직접적인 요인들의 설명력이 낮은 것 역시 이러한 거시적 관점이 필요함을 보여준다.

본 연구의 가장 큰 제한점으로는, 의료비 지출 및 의료 이용 경험이 주관적 건강

인식에 중요한 영향을 미쳤을 것이라 생각되나, 포함되지 않았다는 점이다.

국민건강영양조사의 건강설문조사에 의료비 지출 및 의료 이용에 대한 항목이 있으나 연도에 따라 조사 여부에 차이가 있었고, 설문에 근거한 분석은 다소 부정확한 면이 있을 것으로 생각된다. 추후 공단 보험청구 자료 등을 이용한 대규모 분석은 이러한 점을 보완해 줄 수 있을 것이다. 또한 경제 위기로 인한 만성 질환의 악화, 심뇌혈관 질환의 발생은 장기적으로 추적해야 그 결과를 알 수 있는데 본 연구는 경제 위기 시점과 전후 2년의 짧은 기간의 변화를 추적한 연구였다. 추후 장기적 추적 관찰을 통한 연구를 통해 이들 질환에 미치는 영향도 알 수 있을 것이다.

결론

경제 위기는 건강 불평등을 심화시키며 이는 특히 경제 위기가 발생한 시점에 두드러진다. 이러한 건강 불평등은 객관적 건강 상태, 건강 행동, 우울감과 독립적으로 나타났으며, 경제 위기의 영향은 남성에서는 교육 수준, 여성에서는 소득 수준에 따른 건강 불평등에서 더 뚜렷하게 나타났다.

참고문헌

1. Levy BS, Sidel V. The economic crisis and public health. *Social medicine*. 2009;4(2):82-7.
2. Catalano R. Health, medical care, and economic crisis. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(8):749-51.
3. Khang Y-H, Lynch JW, Kaplan GA. Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *International journal of epidemiology*. 2005;34(6):1291-301.
4. Shin J-H, Lee G, Kim J-S, Oh H-S, Lee K-S, Hur Y, et al. Effects of the 2008 Global Economic Crisis on National Health Indicators: Results from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Korean journal of family medicine*. 2015;36(4):162-7.
5. Lahelma E, Rahkonen O, Huuhka M. Changes in the social patterning of health? The case of Finland 1986 - 1994. *Social science & medicine*. 1997;44(6):789-99.
6. Bacigalupe A, Escolar A. The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far? *Inter J Equity in Health*. 2014;13(52):10.1186.
7. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*. 1991;6(3):217-28.
8. Braveman P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:167-94.

9. Braveman P. Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low-and middle-income countries. 1998.
10. Carter-Pokras O, Baquet C. What is a "health disparity"? Public health reports. 2002;117(5):426.
11. Williams DR. Race and health: basic questions, emerging directions. Annals of epidemiology. 1997;7(5):322-33.
12. Mills C. Health, employment and recession: the impact of the global crisis on health inequities in New Zealand. 2010.
13. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social science & medicine. 2009;69(3):307-16.
14. Son M, Cho Y, Oh J, Kawachi I, Yi J, Kwon S. Social inequalities in life expectancy and mortality during the transition period of economic crisis (1993 - 2010) in Korea. Int J Equity Health. 2012;11(71):10.1186.
15. Min JW. Trends in income-related health inequalities in self-assessed health in Korea, 1998 - 2011. Global public health. 2014;9(9):1053-66.
16. Kondo N, Subramanian S, Kawachi I, Takeda Y, Yamagata Z. Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986 - 2001. Journal of epidemiology and community health. 2008;62(10):869-75.
17. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. New England Journal of Medicine. 2008;358(23):2468-81.

18. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Bleichrodt H, Calonge S, Gerdtham U-G, Gerfin M, et al. Income-related inequalities in health: some international comparisons. *Journal of health economics*. 1997;16(1):93-112.
19. 김민경, 정우진, 임승지, 윤수진, 이자경, 김은경, et al. 한국인의 사회경제적 불평등에 따른 주관적 건강수준의 차이와 건강행태 기여요인 분석. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2010;43(1):50-61.
20. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, Marchi KS, Metzler M, et al. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *Jama*. 2005;294(22):2879-88.
21. Abuse NIOA, Alcoholism. The physicians' guide to helping patients with alcohol problems: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 1995.
22. The World Bank. World DataBank: explore, create, share: development data [Internet]. Washington (DC): The World Bank; c2015 [cited 2014 Jul 13]. Available from: <http://databank.worldbank.org/data/home.aspx>.
23. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social science & medicine*. 1992;34(8):907-17.
24. Nathanson CA. Sex roles as variables in preventive health behavior. *Journal of Community Health*. 1977;3(2):142-55.
25. Radloff LS, Rae DS. Susceptibility and precipitating factors in depression:

sex differences and similarities. *Journal of Abnormal Psychology*. 1979;88(2):174.

26. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *The Ulster medical journal*. 2009;78(3):142.

27. Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K, Margerison-Zilko C, Subbaraman M, LeWinn K, et al. The health effects of economic decline. *Annual review of public health*. 2011;32.

28. Schulz AJ, Gravlee CC, Williams DR, Israel BA, Mentz G, Rowe Z. Discrimination, symptoms of depression, and self-rated health among African American women in Detroit: results from a longitudinal analysis. *American Journal of Public Health*. 2006;96(7):1265-70.

29. Zunzunegui MV, Beland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*. 2001;30(5):1090-9.

30. Yang B-M, Prescott N, Bae E-Y. The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea. *Health Policy and Planning*. 2001;16(4):372-85.

Abstract

Economic crisis and health inequality in Korea, analysis with self-rated health

Ji Eun Lee

Health Demography

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

Introduction

Economic crisis is considered to worsen public health status. Also, health behavior, depression, use of medical services, which are regarded as the mechanism of such negative effects are different according to socioeconomic status. Thus, economic crisis may aggravate health inequality. But still, there is lack of studies on this issue in Korea. This study aimed to reveal the association of economic crisis and health inequality, and factors affecting that association in Korea.

Method

The data from Korea National Health and Nutrition Examination Survey of year 2007, 2009 and 2011 was used. We grouped the subjects into groups according

to income and education levels, respectively. We analyzed the disparity of self-rated health according to the groups, for each year. Age, sex, comorbidities, smoking, drinking and depressive mood were included to the analysis.

Results

The overall self-rated health was worsened in 2009 and improved since then. The group of lower income and lower education level showed poor self-rated health. And the disparity was aggravated in 2009. That association was independent with age, sex, comorbidities, smoking, drinking and depressive mood. The effect of economic crisis on disparity was more significant for education level in men, and for income level in women.

Conclusion

Economic crisis worsens health inequality. That association was independent with age, sex, comorbidities, smoking, drinking and depressive mood. The effect of economic crisis on disparity was more significant for education level in men, and for income level in women

keywords : Economic crisis, Health inequality, Self-rated health

Student Number : 2012-21903